

## University of Groningen

### Oratie van prof.dr. K. van der Meer, hoogleraar Huisartsgeneeskunde

Meer, K. van der

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

2004

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Meer, K. V. D. (2004). *Oratie van prof.dr. K. van der Meer, hoogleraar Huisartsgeneeskunde*. s.n.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

## Oratie van prof.dr. K. van der Meer, hoogleraar Huisartsgeneeskunde

Mijnheer de rector magnificus,  
Zeer gewaardeerde toehoorders

Mevrouw Zandhuis vraagt een huisbezoek voor haar man. Hij voelt zich lamlendig en te moe om uit bed te komen. “De familie Zandhuis doet zelden een beroep op de praktijk, dan moet er nu wel wat aan de hand zijn”, is het oordeel van de assistente die de aanvraag voor de visite aanneemt.

”Welkom dokter, de patiënt ligt boven”. Zo begroet mevrouw Zandhuis mij. De patiënt dacht eerst dat het om griep ging, net als bij zijn vrouw, maar nu het na drie dagen niet opknapt, is het tijd de huisarts te vragen. Ziek thuis blijven en de dokter om een visite vragen is hem nog nooit overkomen.

Een half jaar geleden was hij door de bedrijfsarts naar mijn spreekuur verwezen voor een te hoog cholesterolgehalte in het bloed. Hij rookt, heeft overgewicht en hij ervaart veel stress als manager op het werk. Mijn advies bestond toen uit het gebruiken van een cholesterolverlagend middel en onder begeleiding van onze praktijkondersteuner te stoppen met roken, te vermageren en onder controle te blijven. Dat is allemaal niet gelukt.

De patiënt oogt ziek, hij ziet er grauw uit. Bij verder lichamelijk onderzoek komen geen afwijkende bevindingen aan het licht. Hij heeft een regelmatige pols, een normale bloeddruk. Voor mij is het duidelijk: dit is niet plus. Ik vermoed dat hij een cardiaal probleem heeft. De cardioloog kan hem nog de zelfde dag zien. Zandhuis wordt opgenomen. Hij heeft een semi-recent hartinfarct doorgemaakt. Nader bericht volgt.

Voor de huisarts zijn de anamnese en de kennis van de voorgeschiedenis, de context van de patiënt belangrijke gereedschappen.

Aan het onderwerp van een inaugurele rede zijn geen formele eisen gesteld. In mijn rede wil ik aan de hand van praktijkervaringen over een aantal, naar mijn opvatting, belangrijke aspecten van het vak van de huisarts van nu en van straks bespreken. Wat u daar van vindt, hoor ik graag later.

Professor Frans Kroese coördineert het onderwijs van het eerste blok in het eerste studiejaar. Frans verwelkomt dan de studenten en introduceert mij en mijn vakgebied bij de studenten zo goed dat ik het een vertrouwd idee vond om hem te vragen ook vandaag de introductie te verzorgen.

In ons onderwijs staat het verhaal van een van mijn patiënten centraal en daar sluiten we de theorie van de cellen en het geneeskundige proces op aan. Een mooie samenwerking. Het staat voor mij vast dat we onze studenten in de collegezaal al moeten laten zien, als rolmodellen, dat samenwerking en respect voor elkaars vakgebied tot een mooi resultaat leidt.

Ik heb een prachtig vak; ik wil de studenten graag laten zien wat de huisartsenzorg voor de patiënt kan betekenen. Het welkom van Frans effent hiervoor de weg.

In mijn studietijd kwam de huisartsgeneeskunde pas veel later op de colleges aan bod dan tegenwoordig. Professor K.J. van Deen, die in 1970 als eerste hoogleraar huisartsgeneeskunde in Groningen werd benoemd sprak over de idealistische beschrijving van het vak van de huisarts zoals die op de Woudschoter conferentie in 1959 werd geformuleerd: Ik citeer: het aanvaarden der verantwoordelijkheid voor de continue integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de aan hem toevertrouwde individuele mensen en gezinnen. Een breed vak, dicht bij de patiënt als mens gepositioneerd. Dit sprak mij aan; met deze opvatting voelde ik mij verwant.

Van Deen werd opgevolgd door professor Geert Bremer, mijn latere promotor. Mijn proefschrift ging over het voorkomen van psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. Het is jammer dat hij hier vandaag niet aanwezig kan zijn. Ik draag nu met trots de toga die hij aan mij overdroeg. Als u het postuur van Bremer kent, zult u begrijpen dat ik een aantal aanpassingen aan deze toga heb moeten laten doen om er niet in te verdwalen.

Professor Betty Meyboom-de Jong die in 1991 tot hoogleraar huisartsgeneeskunde werd benoemd en bij wie ik als UHD-onderwijs heb gewerkt is hier tot mijn genoegen wel aanwezig. Welkom!

Dertig jaar geleden vestigde ik mij als huisarts in Roden. Op de afscheidsreceptie van mijn voorganger, waar ik op de achtergrond aanwezig was, viel mij een hartelijk welkom van de patiënten ten deel.

Als jonge dokter leerde ik op deze receptie dat patiënten er veel waarde aan hechten dat ze gekend worden door hun dokter. Ik hoorde ze zeggen tegen mijn voorganger: “U gaf altijd het gevoel dat we welkom waren”. Ik voelde mij als huisarts goed; ik had een boeiend vak. Iedere dag sprak ik met zo’n 40 personen; dit is ongeveer anderhalf procent van de ingeschreven mensen. Met verloskunde in het pakket (ik deed 20 bevallingen per jaar), consultatiebureaus voor zuigelingen, hulp bij straatongevallen, Ik was huisarts; ik was generalist. En ik registreerde mee voor een morbiditeitsonderzoek.

In mijn praktijk heb ik me steeds welkom gevoeld, bij de patiënten thuis, maar ook bij de specialisten en de verzekeraars, toen nog ziekenfondsen. En de patiënten waren welkom bij mij.

Er is veel veranderd: dokters gaan meer en meer parttime werken, patiënten googlen voor ze op het spreekuur komen hun informatie bij elkaar, ze zijn goed op de hoogte van de toenemende medische mogelijkheden en nieuwe inzichten en ze kunnen eerder uit het ziekenhuis ontslagen worden. Huisartsen zien een toenemende vraag naar huisartsgeneeskundige zorg en kunnen door hun permanente scholing en de ontwikkeling van richtlijnen door de eigen beroepsverenigingen steeds meer bieden. De huisarts krijgt het druk, soms te druk. In de toekomstvisie huisartsenzorg van de beroepsverenigingen wordt het handelsmerk van de huisartsenzorg nu als volgt geformuleerd: Huisartsen bieden zorg en begeleiding aan hun patiënten en hun omgeving op een continue, persoonsgerichte en toegankelijke wijze.

Laten we weer naar de praktijk gaan .

Enkele weken geleden kwam mevrouw de Groot, 83 jaar, op het spreekuur voor een “wondje” op de onderarm, dat maar niet wilde genezen. Het beeld past bij een spinocellulair carcinoom. Zij geeft er de voorkeur aan dat ik de afwijking wegneem en opstuur. “Dan hoef ik niet naar het ziekenhuis”. Aldus geschiedt. De patholoog bevestigt de diagnose. De afwijking bleek in toto en ruim geexcideerd. Als ze 10 dagen later voor de uitslag komt en om de hechtingen te laten verwijderen heeft ze nog een brandende vraag: “Welke zorgpolis is voor mij nu het beste”? Ze haalt drie aanbiedingen uit haar tas te voorschijn. Ik raad mevrouw de Groot aan met haar zoon nog eens de verschillende offertes door te nemen en dan tot een goed besluit komen. Opvallend is dat zij alleen kijkt naar de euro’s en niet naar de kwaliteit die de zorgverzekeraars bieden. Mevr. de Groot is hierin niet de enige.

Het nieuwe zorgstelsel houdt velen bezig. De zorgverzekeraars en nu ook de apothekers lokken ons met hun aanbiedingen en hun commercials om toch zeker bij hen te komen. Iedereen is opvallend en soms irritant welkom.

De huisartsen worden op dit moment voornamelijk in beslag genomen door de grootscheepse administratieve operatie die moet gebeuren om de declaratiesystematiek op tijd afgerond te krijgen. Ze moeten nog meer ondernemer worden.

Huisartsen zijn hardwerkende mensen die met grote betrokkenheid hun werk doen daarbij gesteund door de ontwikkeling van vele standaarden en transmurale afspraken. Allemaal initiatieven die door de inzet van vele huisartsen tot stand zijn gebracht. Het gevoel dat in de politiek en bij de zorgverzekeraars voor bovengenoemde initiatieven onvoldoende waardering bestaat, leidt tot onbehagen bij de huisartsen. De zorgen over een te kort aan huisartsen, de toenemende werkdruk, de honorering, de inschrijving op naam, de tijdrovende declaratiesystematiek, de bureaucratische rompslomp, de beperkingen in het voorschrijven van medicatie en de zeggenschap van de zorgverzekeraars allemaal aspecten van de vorm, de randvoorwaarden van de zorg die de inhoud van het mooie vak waar de huisarts voor staat, bedreigen. En wat vinden de patiënten, daar gaat het toch om? Peilingen tonen aan dat patiënten positief oordelen over de huisartsenzorg. Gelukkig is de inschrijving op naam niet aangetast. Dat is het wezen van de huisartsenzorg. Met een bekende praktijkpopulatie kan de huisarts zijn laagdrempelige, persoonsgerichte en continue zorg uitvoeren en zijn patiënten met recht welkom heten.

Patiënten kunnen met hun klachten in alle stadia van de ziekte bij de huisarts terecht. Een essentieel instrument daarbij is de vraagverheldering: een van de kenmerken van het handelsmerk van de huisartsenzorg: “Waar komt de patiënt eigenlijk echt voor en wat wil hij”? Deze werkwijze past ook bij de moderne gezondheidszorg, waarin de vraaggestuurde zorg wordt gepropageerd. Om vraagverheldering goed te doen, komen nu twee andere belangrijk aspecten van de huisartsenzorg in beeld. De persoonsgerichte zorg en de continuïteit in de zorg.

Ik wil u om dit te illustreren het verhaal vertellen van de heer Braamsma.

De heer Braamsma is 73 jaar, na zijn pensionering werkt hij af en toe nog een halve dag op het bedrijf van zijn zoon. Zijn vrouw vraagt een huisbezoek aan omdat zij zich zorgen maakt over haar man. Hij is de laatste tijd onvast ter been, toenemend vergeetachtig en bovendien heeft hij moeite met het ophouden van de urine.

De heer Braamsma is een stevig gebouwde man die enkele jaren geleden een transurethrale resectie van zijn prostaat heeft doorgemaakt maar verder geen noemenswaardige ziektegeschiedenis heeft.

Ik verwijs patiënt naar de neuroloog met de vraag of bij de patiënt mogelijk een normostensieve hydrocefalie bestaat. De neuroloog komt na uitvoerig onderzoek tot de slotsom dat hij bij de heer Braamsma geen specifieke diagnose kan stellen. De patiënt kan zijn functieverlies als horende bij het ouder worden accepteren. Zijn vrouw heeft het moeilijk met deze situatie en vraagt of ik haar en haar man regelmatig wil bezoeken om de situatie in de gaten te houden.

Een jaar later klaagt hij over jeuk. Bij bloedonderzoek wordt bij de patiënt een chronische lymfatische leukemie vastgesteld. De patiënt verdraagt de cytostatica slecht. Hij is misselijk en moet braken tijdens de behandeling. De leukocyten nemen in aantal met deze behandeling nauwelijks af. Na overleg met de internist wordt nu van verdere behandeling afgezien. De patiënt wordt in toenemende mate bedlegerig. Zijn vrouw verzorgt hem bewonderenswaardig met hulp van de medewerkers van de thuiszorg. Ik bezoek patiënt wekelijks. Ik laat mijn privé telefoonnummer achter zodat de patiënt mij ook buiten de praktijk openingsuren kan bereiken. Ze maken van deze mogelijkheid slechts een enkele keer gebruik. Patiënt overlijdt uiteindelijk aan een recidief pneumonie.

Continuïteit in de zorg is een van de peilers waarop de huisartsgeneeskunde rust. Toen ik de huisartspraktijk overnam was continuïteit een vanzelfsprekendheid en synoniem aan de zorg door de eigen huisarts 7x24 uur, jaren lang. Tegenwoordig werken huisartsen vaker in groepspraktijken en ook vaker parttime en brengen hun diensten onder in centraal georganiseerde doktersdiensten, die in korte tijd zijn opgericht.

Onder de omstandigheden van een permanente zorgbehoefte zoals bij de familie Braamsma, is het beschikbaar zijn van het medisch dossier voor waarnemende huisartsen van groot belang. In het geval van de heer Braamsma was het zorgdossier altijd onder handbereik in het huis van de patiënt. Op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt en zijn familie had ik bij de medische gegevens ook de regel opgeschreven dat patiënt een draaglijk levenseinde wenste zonder zinloze behandelingen. Ook tijdens het ziekbed van de heer Braamsma is de dienstdoende arts in het weekend een aantal keren op huisbezoek geweest. Een keer voor urineretentie en een keer voor een pneumonie. Er was geen probleem met de overdracht; de dienstdoende arts kon met de informatie van mevrouw en het aanwezige zorgdossier adequate behandeling instellen.

Ik neem u nu mee naar mevrouw de Boer op de persoonsgerichte aspecten van de zorg te laten zien.

Mevrouw de Boer is 91 jaar, ze heeft samen met haar man hard gewerkt op hun boerenbedrijf. Haar man overleed aan longkanker 10 jaar geleden. Mevrouw de Boer kreeg steeds meer moeite om zich in haar boerderijtje te handhaven: toenemend artrose, vermindering van het gezichtsvermogen en een moeilijk te behandelen diabetes mellitus. Uiteindelijk kreeg ze een kamer in het verzorgingshuis. Patiënte laat via de verzorging een huisbezoek aanvragen. Ze komt vrijwel niet meer van haar kamer, klaagt over pijn in knieën, heupen en schouders. “Eigenlijk hoeft het van mij niet meer dokter”. We bespreken haar situatie, heeft ze een depressie, polymyalgia reumatica? Ik stel haar voor nader onderzoek te doen om daarna met medicijnen te proberen haar situatie te verbeteren. Ook dat hoeft wat haar betreft niet. “Zo ondraaglijk is het nou ook niet”. Ik heb wel begrip voor haar situatie. Ik zeg toe dat ik binnenkort haar opnieuw zal bezoeken. Bij het vertrek houdt ze mijn hand wat langer vast en zegt “u bent welkom dokter”.

Voor deze patiënte is de persoongerichte aandacht van de huisarts belangrijk. Ze verwacht geen medische interventies, alleen begrip.

Het aansluiten bij de belevingswereld van de patiënt en het gebruik maken van de inmiddels verworven kennis uit de medische voorgeschiedenis zijn voor deze fase van de hulpverlening onmisbare en specifieke huisartsaspecten.

In het contact mag de waarde van non verbale signalen niet worden onderschat. De bezorgdheid of het angstige gevoel dat met de klachten gepaard gaat is vaak wel aan de houding van de patiënt af te lezen en door deze waarneming bespreekbaar te maken breekt de dokter vaak het ijs; de aandacht die de dokter geeft aan de persoonlijke belevingswereld van de patiënt is een eerste stap in de richting van het geruststellen. Nu moet geruststellen natuurlijk op goede gronden gebeuren.

In dit proces speelt empathie een prominente rol. Empathie is een vorm van kijken en luisteren naar de patiënt met de bedoeling een beeld te krijgen van wat er in de patiënt omgaat, in de hoop dat de ander zich in dit beeld herkent als dit aan hem wordt voorgelegd. Non-verbale signalen van de patiënt en het oogcontact met de patiënt zijn hiervoor onmisbaar. Deze kunnen verloren gaan als de arts veel tijd besteedt aan typen en aandacht voor de informatie op het beeldscherm tijdens het consult, hoe belangrijk ook deze ook mogen zijn.

Hoewel nog steeds niet is aangetoond of en hoe empathie werkt, lijkt het erop dat een empathische houding, een luisterende begripvolle arts een heel goed medicijn op zich is. Balint heeft erop gewezen dat behalve de werking van het medicijn arts er ook bijwerkingen zijn te onderscheiden. Het kan de patiënt afhankelijk maken van de medische situatie. Het is opvallend dat bij klachten vaak niet zo zeer de ernst van belang is maar de betekenis die de patiënt er aan hecht. Uit dagboek onderzoek blijkt dat een op de drie mensen dagelijks klachten rapporteert die een bezoek aan de huisarts zouden rechtvaardigen. Het zijn vooral die mensen die denken dat de klachten met een ernstige aandoening te maken kunnen hebben die een huisarts raadplegen. Doordat de arts in staat is de problemen te benoemen krijgt de patiënt de mogelijkheid weer enige controle op het klachtenpatroon en zijn gedachtegang uit te oefenen.

Een ander punt in de continue zorg is de 24-uurs bereikbaarheid van de huisartsenzorg.

De heer Vriend, 26 jaar, komt op het spreekuur, hij was een week daarvoor naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis gegaan omdat hij zich bij een klusje thuis met een stanleymes een snijwond had toegebracht. Zijn vriendin doet een gaasje op de wond en rijdt hem naar de spoedeisende hulp. Daar moet hij een uur wachten maar uiteindelijk worden er twee hechtingen aangebracht. Een week later maakt hij een afspraak op het huisartsspreekuur om de hechtingen te laten verwijderen. Doorgaans doet de assistente dit. Hij wil echter ook nog een wat langer bestaande nekklacht aan de huisarts voorleggen.

De patiënt met een acute hulpvraag heeft op dit moment diverse mogelijkheden: 112 bellen, de huisartsof huisartsenpost bellen, naar de huisarts gaan of naar de spoedeisende hulp gaan.

De huisartsvoorziening is toegankelijk voor alle hulpvragen en klachten waarvan de patiënt vindt dat die niet kunnen wachten. Tijdens kantooruren is dat de huisartspraktijk, en daarbuiten is dat de huisartsenpost.

Voor het overgrote deel van de hulpvragen is geen medisch specialistisch onderzoek of acute behandeling nodig. Na de huisartsgeneeskundige triage handelt de huisarts het overgrote deel van de aanvragen zelf af.

Uit onderzoek blijkt, dat de contactfrequentie op de huisartsenpost ongeveer vier keer zo hoog is als op de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis. De spoedeisende hulp-bezoekers zijn grotendeels zelfverwijzers met traumata die voor het grootste deel ook door de huisarts hadden kunnen worden afgehandeld. Het lijkt er op dat een huisartsenpost voor de spoedeisende hulp-afdeling van het ziekenhuis leidt tot een aanzienlijke vermindering van het aantal zelfverwijzers. De poortwachterfunctie van de huisarts wordt hiermee versterkt. Het leidt ook tot minder aanvullend onderzoek en revisies op de polikliniek.

De telefonische triage wordt door patiënten soms als een obstakel ervaren. Het voordeel van triage is dat de patiënt op het juiste moment bij de juiste hulpverlener terecht komt. Als de spoedeisende hulp een afdeling wil zijn waar ze voor bedoeld is, namelijk specifieke specialistische hulp bieden, dan zal ook hier na triage en op verwijzing de deur open moeten gaan. De consequentie is wel dat de gegenereerde inkomsten afnemen.

#### **Nu naar straks....**

Huisartsen hebben dagelijks contact met ongeveer 1,5% van de ingeschreven mensen. De gezondheidsklachten waarvoor patiënten de huisarts bezoeken worden in ruim 96% door de huisarts zelf afgehandeld. 1,9% wordt doorverwezen naar de tweede lijn en 1,5% naar andere eerste lijnsvoorzieningen.

We leven in Nederland steeds langer, maar het aantal ziekten neemt niet af.

Tussen 1980 en 2002 is de levensverwachting voor mannen met 3,5 en voor vrouwen met 1,5 jaar toegenomen tot 76 respectievelijk 81 jaar en het is de verwachting dat deze trend zich nog zal voortzetten. Men heeft al berekend dat de zorgvraag voor de huisartsenzorg met het oog op deze ontwikkeling in de

komende jaren met een tien procent zal toenemen. Om op de groeiende zorgvraag in te kunnen spelen zijn niet alleen meer huisartsen nodig maar er zullen ook nieuwe mogelijkheden op het terrein van taakdelegatie naar praktijkmedewerkers ontwikkeld moeten worden. De taakdelegatie wordt vaak gekoppeld aan protocollen en het evalueren daarvan. Het is de kunst om het zorgsysteem zo te ontwikkelen dat de huisarts zijn patiënt niet uit het oog verliest. Dat doet afbreuk aan het welkom wat wij de patiënt willen heten.

In de huidige ontwikkeling binnen de zorg is de concurrentie ingeslopen. Poliklinieken, thuiszorg, hypertensiedienst, zorgverzekeraar en huisartsenzorg bieden om strijd hun diensten aan. Concurreren en samenwerken gaat moeilijk samen. Patiënten met chronische aandoeningen mogen zich momenteel verheugen op een breed begeleidingsaanbod. Vooral patiënten met diabetes mellitus staan in de belangstelling. Er gaat veel geld om. Wat betreft de kwaliteit van de geboden zorg, zo blijkt uit onderzoek, ze doen niet veel voor elkaar onder.

Laat de huisartsenzorg de coördinator blijven, met de diensten en poli's op de achtergrond.

De hoogbejaarde diabetespatiënt zal de zorg het liefst vlak bij zijn (verzorgings)huis willen hebben vanuit de vertrouwde huisartsenzorg.

We zullen nu met goede samenwerkingsafspraken moeten komen om de zorg voor de patiënt in kwaliteit en prijs te waarborgen.

Transmurale afspraken tussen huisartsenzorg en tweedelijns voorzieningen komen op vele plaatsen al goed van de grond en deze kunnen de lijnen in de zorg bekorten.

De huisarts zal als generalist en als raadsman van de patiënt ook in de toekomst een centrale plaats in de gezondheidszorg innemen. Zeker voor de oudere patiënt die met meerdere problemen onder behandeling is, is een coördinerende en raadgevende huisarts gewenst.

De mogelijkheid om zich op een bepaald terrein verder te bekwamen kan er toe leiden dat huisartsen door deze differentiatie extra inbreng in de huisartsengroep hebben. Het werk wordt er nog interessanter van en biedt ook een soort carrièreperspectief.

De kaderopleidingen van het NHG zijn daar goede voorbeelden van.

De acute zorgverlening, de zorg voor chronisch zieken (diabetes, COPD, cardiovasculair), palliatieve zorg en GGZ-zorg lenen zich hier goed voor.

Zelf heb ik jaren deelgenomen aan een Balint-groep waar huisartsen onder leiding van een psychiater de psychische en sociale problemen die ze in de praktijk tegenkomen bespreken en vooral ook daarin hun eigen rol leren kennen.

Momenteel neem ik deel aan een gespreksgroep palliatieve zorg. De vijf huisartsen en de specialist in pijnbestrijding bespreken hun probleempatiënten. Een heel boeiend leerproces. Goed voor de behandeling van de patiënt, goed voor het leren kennen van de eigen mogelijkheden en goed voor het gevoel van competent te zijn.



## **Academische taken**

Meer nog dan voorheen zullen huisartsen nodig zijn in het studentenonderwijs. Stages in de huisartspraktijk worden door de studenten hoog gewaardeerd. Huisartsen zijn graag bereid studenten te ontvangen. De bekende driedaagse stage in het vierde studiejaar van het curriculum 2000 en het daaraan gekoppelde transmurale onderwijsproject leverde enthousiaste verhalen en verslagen van de studenten op. Een gelegenheid voor de student zicht te krijgen op de rol van de huisarts en gang van de patiënt in de gezondheidszorg.

Het lukte steeds weer 350 studenten in enkele weken te plaatsen. Jammer genoeg lukte het niet deze stage in de bachelorfase van het curriculum G 2010 te behouden. Een dagje huisartspraktijk in jaar één blijft over. Wel is de driedaagse stage nu als keuzestage in het kader van de persoonlijke profilering mogelijk voor dertig studenten. Ik zal er voor blijven pleiten het aantal uit te breiden.

En de opleiding tot huisarts. Niet allen hebben we meer huisartsen nodig, ook wordt meer gevraagd van de huisarts in zijn docentrol.

Het co-schap huisartsgeneeskunde van 4 weken is in vergelijking met andere universiteiten erg kort. Zeker voor de studenten die nog niet weten welke vervolgopleiding ze willen gaan doen en de studenten die specialist willen worden zijn gebaat bij een goede stage bij een enthousiaste huisartsdocent.

Huisartsgeneeskunde is een breed vak en er zijn vele terreinen waarop onderzoek nodig is om het vak te onderbouwen en verder te brengen. Individuele huisartsen zijn welkom om hun onderzoekplannen en ideeën bij ons verder uit te werken.

De disciplinegroep zal het onderzoek op enkele lijnen focussen, en het onderzoek in samenhang met andere specialismen en de onderzoekscholen uitvoeren.

Door te focussen wordt expertise opgebouwd die bij het verwerven van gelden voor onderzoeksprojecten wel haast een voorwaarde is. Een aanzienlijke publicatiestroom is een volgende voorwaarde voor het overleven van de onderzoeksgroep.

Het aandachtsgebied in het onderzoek van onze disciplinegroep zal vooral de huisartsenzorg van chronisch zieken betreffen. Het doel van het onderzoek is bij te dragen aan de wetenschappelijke evidence van de huisartsenzorg. Daarbij zal ook de kwaliteit van leven van de patiënt een plaats krijgen, value-based medicine als vervolg op de evidence-based medicine. Het patiënt gerichte onderzoek in deze lijn betreft: patiënten met diabetes en voornamelijk gericht op cardiovasculaire risico's, patiënten met chronische longaandoeningen, patiënten met veel voorkomende psychische problemen en ouderen met complexe problemen en multimorbiditeit.

Daarnaast is er meer op processen van de huisartsenzorg gericht onderzoek gaande rond instroommanagement en transmurale samenwerking.

Een aantal grote projecten in samenwerking met vele huisartspraktijken loopt. NESDA en GIANTT zijn daar voorbeelden van. Binnenkort gaat LIFELINES van start. Dit is een ambitieus plan dat in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe wordt uitgevoerd.

Voor dit project van het UMCG worden de gegevens van duizenden families verzameld om het beloop van met name chronische aandoeningen te onderzoeken. De huisartsgeneeskunde neemt bij de opzet van dit project een centrale rol in bij de dataverzameling. Alef Rutgers, huisarts te Groningen is inmiddels aangetreden als coördinator voor het huisartsen aandeel en Klaas Groenier, onze huismethodoloog is lid van de wetenschapscommissie.

### **Epicrise**

De huisartsgeneeskunde is een mooi vak, gebouwd op de competenties van de huisarts en de stevige fundamenteën van de uitgangspunten, laagdrempelige toegankelijkheid, persoonsgerichtheid en continuïteit in de zorg. Na een periode van onrust rond de vorm is het moment daar om de inhoud van het vak weer uit te bouwen. Samenwerken is de toekomst. De patiënt is welkom in het huis van de huisartsenzorg.

Aan het eind van deze rede wil ik enkele persoonlijke woorden zeggen.

Collegae hoogleraren, onderzoekers en docenten,

In het studentenonderwijs komt in het eerste studiejaar de huisartsgeneeskunde aan bod met hoorcolleges, patiëntcolleges en met huisartsen als coach van groepen van 10 studenten.

In de daarop volgende jaren moet de huisartsgeneeskunde, maar ook de verpleeghuisgeneeskunde en de sociale geneeskunde het met veel minder doen. Helaas kampen de blokcoördinatoren met een overvol onderwijsrooster. Het is dringen.

Iedereen zegt wel dat de patiënt baat heeft bij interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg, in het onderwijs komt dit naar mijn mening te weinig aan bod.

Het boek: diagnostiek van alledaagse klachten, bouwstenen voor rationeel probleemoplossen, komt naar mijn mening als verplichte leerstof in aanmerking. Het is geschreven door huisartsen en specialisten samen. Het geeft met name een goed beeld van de verschillen in morbiditeit in de eerste en tweede lijn en de werkwijze van de huisarts. Dat is belangrijk voor aanstaande artsen, om te kunnen samenwerken in de toekomst.

Ik verheug me er op met u de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn verder gestalte te geven in de patiëntenzorg, het onderwijs en het onderzoek.

Ik wil me graag laten uitnodigen en u bent welkom!

Collegae huisartsen,

Het onderzoek en het onderwijs in de huisartsgeneeskunde is zonder uw inzet onmogelijk. Over uw medewerking hebben we niet te klagen.

We zullen regelmatig een beroep op u doen om als coach, stagebegeleider, of als opleider op te treden.

Velen van u zijn inspirerende docenten tijdens het co-schap huisartsgeneeskunde. Dat levert studenten op die nu zeker weten dat ze huisarts willen worden. Voor de studenten die er voor kiezen specialist te willen worden is het co-schap de enige mogelijkheid ervaring op te doen met patiënten en hun problemen buiten het ziekenhuis. Ik wens hen de beste huisartsdocenten toe.

Dames en heren huisartsen in opleiding,

Uw opleiding tot huisarts vindt vooral plaats in de opleidingspraktijk.

Op de terugkomdagen op ons instituut wil ik graag mijn geliefde onderwerpen met u bespreken en u leren kennen. Als aanstaande praktiserende collega's, maar ook als huisartsdocenten en huisartsonderzoekers.

De huisartsen in opleiding die nu ook al met een onderzoek bezig zijn kunnen op mijn steun rekenen. U bent welkom.

Dames en heren studenten,

Huisartsgeneeskunde is een moeilijk vak. Om te leren, maar ook om te doceren. Uw feedback over de bijdragen die de huisartsdocenten aan het onderwijs geven is onmisbaar om de kwaliteit van uw onderwijs te waarborgen en te verbeteren.

U bent welkom.

Dames en heren medewerkers van de disciplinegroep huisartsgeneeskunde,

de opleiding tot huisarts en de academische huisartspraktijk, het is mij veel waard om de goede samenwerking met u voort te zetten, zodat we in het onderwijs, het onderzoek en de nascholing voor ons mooie vak aan een goede toekomst kunnen bijdragen.

Tot slot wil ik u, gewaardeerde toehoorders, en in het bijzonder mijn moeder, dank zeggen voor uw aandacht.

Uw aanwezigheid hier was mij zeer welkom.

Ik heb gezegd.